



最新个人资料通知书（指定产品专用）

友邦人寿

收件盖章



保险合同编号：

签发保单机构：

申请事项：恢复合同效力

(以下申请请提供病历或检验报告)

其他(请填写变更申请项名称)

变更健康资料

取消额外加费

取消不承保事项

填写须知

投保产品为友邦安享全佑恶性肿瘤疾病保险、友邦安行无忧两全保险、友邦安孕保系列疾病保险、友邦守护丽人医疗保险、友邦守护宝贝医疗保险，申请上述事项时，请填写本通知书。除以上所产品外，其他产品不适用此版本。

个人信息 (必填项)	被保险人信息	投保人信息
姓名		
1. a. 现从事职业、职务内容、职业代码。	a.	
b. 去年全年收入(包括基本工资、奖金、分红和红利)	b. 万元	万元
c. 服务单位(就读学校)名称。	c.	
d. 目前常住地址及户籍所在地。	d.	
2. 婚姻状况	<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚

A. 被保险人告知事项及健康资料 (友邦安享全佑恶性肿瘤疾病保险产品专用)

1. 您现在或既往是否曾从事过以下职业：矿工、煤化工生产人员、沥青工、树脂工、铝制品工人、有机化学品(苯、多环芳香碳氢化合物)生产工人、焊接工、石棉制品工、化学溶剂(硫酸、盐酸、硝酸、磷酸、烧碱、纯碱)生产工人？	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
2. 您的人寿保险、意外伤害保险或健康保险的新单申请或复效申请是否曾被拒保、推迟、加费或作任何形式修改？	2 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
3. 您是否有2个以上的直系亲属(父母和兄弟姐妹)在60岁前被诊断患有恶性肿瘤或白血病？	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
4. 您既往或目前是否发现有以下疾病或体征：慢性肝炎、肝硬化、慢性萎缩性胃炎、宫颈上皮内瘤变(CIN)、再生障碍性贫血、恶性肿瘤、白血病、甲状腺结节、乳房肿块、肺结节？	4 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5. 过去六个月内您是否有以下症状：进行性吞咽困难、咯血、呕血、黑便、不明原因持续发热、反复皮下出血、鼻出血、阴道异常出血、肿块、体重减少超过5公斤	5 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
6. 过去两年内您是否有做过下列检查并发现有异常的情况：肿瘤标志物、病理活检、X线、B超、钼靶、CT、MRI、PET-CT？	6 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
7. 过去五年内您是否曾因疾病手术或住院治疗七天以上？	7 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
上述2-7问题中如有任何答案为“是”者，请详细说明：		

B. 被保险人告知事项 (友邦安行无忧两全保险产品专用)

您是否现时已有生效或正申请投保其他保险公司的意外险，且含自驾车意外险保额累计大于200万？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

C. 被保险人告知事项 (友邦安孕保系列疾病保险产品专用)

1. 您目前是否怀孕？若是，怀孕____周	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
孕期检查(包括胎儿相关检查)是否发现异常(包括血压、尿液检查、血液检查、超声检查等)？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
2. 是否曾发生反复流产3次或以上、妊娠高血压、先兆子痫或子痫、妊娠糖尿病、胎盘早剥、葡萄胎等妊娠并发症？	2 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
3. 您及配偶是否有先天性疾病、遗传性疾病，或以上疾病的家族史？您是否曾怀有或生育过患有先天性疾病的胎儿或孩子？	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
4. 您的人寿保险、意外伤害保险或健康保险的新单申请或复效申请是否曾被拒保、推迟、加费或作任何形式修改？	4 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5. 您目前是否正在住院治疗或过往2年曾经住院治疗？	5 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
6. 您是否曾患有或被告知患有以下疾病或因此而接受医疗咨询、诊查或治疗：心血管疾病、高血压、中风、慢性肺部疾病、癌症或任何肿瘤、糖尿病、肝脏疾病、肾脏疾病或生殖系统疾病、抑郁症、精神疾病、智能障碍、癫痫、艾滋病或艾滋病病毒携带、酒精或药物滥用成瘾、身体残障或畸形？	6 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
以上部分如有任何答案为“是”者，请详细说明并提供相关资料：		

D. 被保险人告知事项及健康资料（友邦守护丽人医疗保险产品专用）

1. 您目前或既往是否出现过下列情况：乳房肿块或结节、乳头异常溢液、糜烂或回缩、乳房表面皮肤凹陷、皱褶或皮肤收缩？	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
2. 您的亲属（父母、兄弟姐妹）中是否有人在 60 岁前罹患乳腺癌？	2 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
3. 您最近 2 年内是否做过下列检查（单项或多项）且发现有异常：肿瘤标志物*、病理活检、X 线、B 超、钼靶、CT、MRI、PET-CT？	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
4. 您在投保恶性肿瘤类产品时是否曾被拒保、延期、加费或特约除外责任承保？	4 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5. 您目前或既往是否患有恶性肿瘤？是否曾接受过胸部放疗（任何原因导致）？	5 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
注：肿瘤标志物*：又称肿瘤标记物，是指特征性存在于恶性肿瘤细胞，或由恶性肿瘤细胞异常产生的物质，或是宿主对肿瘤的刺激反应而产生的物质，并能反映肿瘤发生、发展，监测肿瘤对治疗反应的一类物质。如甲胎蛋白（AFP）、癌胚抗原（CEA）、癌抗原 125（CA125）、癌抗原 199（CA199）、绒毛膜促性腺激素（HCG）等。		
上述问题如答案为“是”者，请详细说明并提供相关资料：		

E. 被保险人告知事项及健康资料（友邦守护宝贝医疗保险产品专用）

1. 您目前或既往是否出现过下列情况：不明原因的发热、头晕、反复感染、鼻出血、牙龈出血、皮肤瘀点瘀斑、紫癜、贫血、消瘦、肝或脾脏肿大、淋巴结肿大、身体包块或肿物、骨关节疼痛？	1 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
2. 您是否曾因血液问题而接受过诊疗？是否被医生诊断或被怀疑罹患血液系统疾病？	2 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
3. 您是否被医生建议需进行骨髓活检或/和进一步血液细胞学检查？	3 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
4. 您过去五年内是否曾接触有害化学物质（如：杀虫剂，苯等工业化学物质）或放射性物质（不包括 X 线检查）？	4 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5. 您投保恶性肿瘤类产品时是否曾被拒保、延期、加费或特约除外责任承保？	5 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
6. 您是否罹患以下疾病：恶性肿瘤、再生障碍性贫血、重度贫血、骨髓异常增生综合症？	6 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
7. 您是否患有如下先天性或遗传性疾病：唐氏综合征，李-佛美尼综合症，维斯科特-奥尔德里奇综合征，布卢姆综合征？	7 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
8. 您的亲属（父母、兄弟姐妹）中是否有人在 50 岁前罹患白血病？	8 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
9. 您过去一年内在大陆境内居住时间是否<240 天/年？或是否正计划前往其他国家或海外地区长期居住（≥240 天/年）？	9 是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
上述问题 1-5 如回答为“是”者，请详细说明并提供相关资料：		

声明及同意书：

- 本通知书、与本通知书有关之各份问卷及文件，对签发保单机构（以下简称“贵公司”）委派的体检医生之各项声明与陈述均确实无误，并成为贵公司审核本保险合同恢复效力、增加保险金额等变更之依据。如上述资料不属实且对贵公司作出承保决定有影响的，除法律另有规定外，则任何根据该资料所续发保险合同将作解除处理。
 - 即使本人已支付部分或全部初算变更费用，本变更申请仍未生效，只有在贵公司依据本通知书批准或签发有关保险合同批注及保险合同，且在送交保险合同批注或保险合同同时本人身体仍为健康的前提下，本变更申请才生效，生效日以保险合同批注上所载批准变更生效日期为准。
 - 本人授权贵公司从任何内、外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位，就有关保险事宜，查询、拷贝有关投保人、被保险人及受益人的资料或索取其它有关证明文件。
 - 贵公司须遵守或同意遵守相关法律、法规、监管规定或其他要求（以下简称“报告要求”）。因此，本人/我们同意并授权贵公司基于上述报告要求将本人/我们的个人信息或资料（包括但不限于投保单签署之前提供的以及本人接受贵公司各项服务时所产生的与保险合同事宜有关的信息或资料）提供及披露予任何政府部门、监管机构和/或第三方。同时，本人/我们同意贵公司持有、使用本人/我们所提供的个人信息或资料，并授权贵公司在所适用的法律允许的情况下，将该个人信息或资料提供及披露予与贵公司有关联的个人或组织或任何被选择的境内外第三方，用以处理保险申请、提供客户服务及推荐产品和服务、处理核保、理赔、调查等相关保险业务活动或用于公益目的等。本人/我们理解该个人信息或资料包括 i) 投保人、被保险人、及受益人（以下简称“相关方”）的个人信息或资料；ii) 保单的相关信息；及 iii) 相关方所持有的其他保单的相关信息。有关前述信息或资料之提供及披露，可能包含境外之提供及披露。本人/我们理解，若本人/我们不同意贵公司提供及披露前述之信息或资料，则贵公司不会向本人/我们销售任何保险产品或提供任何服务。
- 为维护您的权益，请勿在空白之“最新个人资料通知书”上签名，签名前请再次核对所填写的资料。申请人签名须为客户本人亲笔签名，并于原留存于本公司的签名样本一致。未成年人须由其法定监护人代为签署。**

申 请 人	_____	见 证 人	_____
	投保人签名		被保险人/监护人签名
	_____年____月____日		_____
	申请日期(签署日期)		见证人/保险营销员/经办人签名
			保险营销员/经办人编号